irma:					
ame de	s Mitarbeiter	s:			
Pers. Nr.:			Monat/Jahr:		
(alen- lertag	Beginn (Uhrzeit)	Pause (Dauer)	Ende (Urzeit)	*	Bemerkungen
1					
2					
3					
4	1				
5					
6					
7					S
8					
9					
10					
12					
13					
14				_	
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26 27					
28					
29					
30					
31					
		Dauer			
tum Unterschrift Arbo		eitnehmer	Datum	Unterschrift Arbeitgebers	
agen Si	e in diese Spalt	e eines der folg	genden Kürzel ein	, wenn es für die	sen Kalendertag zutrifft:
		K	Krank		UU Unbezahlter Urlaub
		T)	Urlaub		F Feiertag

Kanzlei Hardekopf Steuern & Beratung

F Feiertag

SA Stundenweise abwesend



